Association « Connaissances et Activités Pilotes »

ACTIVITES et SEJOURS / ANNEE 2021-2022

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATE ET LIEU DU SEJOUR : .....

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui ❑ non ❑

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES **(à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES / LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑

SI VOTRE ENFANT EST UNE FILLE, A-T-ELLE DEJA SES REGLES ? oui ❑ non ❑

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

.....

.....

.....

.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ❑ non ❑

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ❑ non ❑

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ❑ non ❑

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

TÉL. FIXE PENDANT LE SEJOUR : ..... PORTABLE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e), ..., *responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature :

Document issu de l'original CERFA